ZESZYTY NAUKOWE WSG, t. 39
seria: Edukacja – Rodzina – Społeczeństwo, nr 6 (2021)

Ilość znaków:
55 639

Aleksandra Niemczyk-Zając
Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

SYTUACJA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

THE SITUATION OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Streszczenie: Niniejsza publikacja porusza problemy związane z funkcjonowaniem osób z zaburzeniami psychicznymi, wskazując na: formalne ujęcia zaburzeń psychicznych w ustawodawstwie światowym i na poziomie kraju, ograniczenia osób z zaburzeniami psychicznymi w sferze społecznej i zawodowej oraz system pomocy w środowisku dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Ukazuje również istotę specjalistycznych usług z zaburzeniami psychicznymi, które stanowią nie tylko realne wsparcie specjalistów, ale często stanowią także jedyną formę kontaktu osoby z zaburzeniami psychicznymi ze środowiskiem pozarodzinnym.

Słowa kluczowe: definicje zaburzeń psychicznych, ograniczenia osób z zaburzeniami psychicznymi, specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Abstract: This publication deals with the problems related to the functioning of people with mental disorders in the environment, pointing to the formal approach to mental disorders in the world legislation and at the national level, the limitations of people with mental disorders in the social and professional sphere, and the system of support in the environment for people with mental disorders. It also shows the essence of specialist services with mental disorders, which not only provide real support for specialists, but often also constitute the only form of contact of a person with mental disorders with the environment outside the family.

Keywords: definitions of psychiatric disorders, limitations of people with mental disorders, specialized care services.

Wprowadzenie

Raport z badań *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*, opracowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, wskazuje, że osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowią ponad 23% całej populacji w Polsce[1]. Należy pamiętać, że wbrew utartym

[1] http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html (dostęp: 22.04.2015 r.).

poglądom do osób z zaburzeniami psychicznymi zalicza się oprócz „typowych" jednostek z zaburzeniami psychotycznymi także osoby upośledzone umysłowo oraz wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, takie jak nerwice, i inne zaburzenia typu nerwicowego, zaburzenia osobowości, większość zespołów organicznych itp. Osoba zaburzona psychicznie napotyka w toku codziennej aktywności życiowej wiele ograniczeń i utrudnień, dlatego tak ważne jest wsparcie osoby z zaburzeniami psychicznymi w środowisku, zarówno w formie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, rehabilitacji społecznej i zawodowej, jak i w formie środowiskowej pracy w ramach szeroko pojętej pomocy społecznej. Typowym przykładem takiego rodzaju pracy środowiskowej są specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zaburzenia psychiczne w definicyjnym ujęciu

Zaburzenia psychiczne zostały sklasyfikowane przez Światową Organizację Zdrowia w ramach Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, od nazwy angielskojęzycznej: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*). Autorzy ICD-10 wyjaśniają, że termin „zaburzenie" jest używany w całej klasyfikacji celem uniknięcia poważniejszych wątpliwości dotyczących terminu „choroba". Nie jest on terminem ścisłym; użyty został celem wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzonych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem i zaburzeniami funkcjonowania indywidualnego.

W publikacjach naukowych również zanika stosowanie terminu „choroba psychiczna". W jego miejsce pojawia się określenie „zaburzenie", które zaczyna pełnić nadrzędną rolę w odniesieniu do ogółu stanów chorobowych, którymi zajmuje się psychiatria kliniczna.

W *Leksykonie terminów psychiatria i zdrowie psychiczne*, wydanym przez Światową Organizację Zdrowia, termin „choroba psychiczna" nie występuje[2]. Termin „zaburzenia psychiczne" oznacza zgodnie z opisem przywołanym w leksykonie „ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem psychiatrii klinicznej". Zaburzenia psychiczne można podzielić tradycyjnie na zaburzenia psychotyczne, czyli psychozy, tzn. stany chorobowe, w których występują urojenia, omamy, zaburzenia świadomości, duże zaburzenia emocji i nastroju łączące się z zaburzeniami myślenia i aktywności złożonej, oraz zaburzenia niepsychotyczne obejmujące: nerwice i inne zaburzenia typu nerwicowego (np. reakcje adaptacyjne), część zaburzeń psychosomatycznych, upośledzenie umy-

[2] S. Pużyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska", 2007, tom XLI, nr 3, s. 303–304.

słowe, większość zespołów organicznych, zaburzenia osobowości, uzależnienia od alkoholu i innych substancji, niektóre dewiacje seksualne. Podział ten nie jest ścisły, w przebiegu bowiem niektórych zaburzeń niepsychotycznych, np. zespołów organicznych lub uzależnień, mogą pojawić się objawy psychotyczne (np. zaburzenia świadomości). Włączanie niektórych zaburzeń osobowości i dewiacji seksualnych do grupy zaburzeń psychicznych jest sporne, część z nich stanowi w istocie wariant normy[3].

W Polsce, jak nieomal na całym świecie, obowiązuje międzynarodowa klasyfikacja, opracowana przez Światową Organizację Zdrowia i przyjęta na konferencji 4 członków tej organizacji w dniu 6 października 1975 r. Omówienie zaburzeń psychicznych znalazło się w rozdziale zatytułowanym *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*. Trzeba wyjaśnić, że angielskie pojęcie *behavioural disorders* ma w klasyfikacji szerszy zakres niż „zaburzenia zachowania" w dotychczasowym rozumieniu tego pojęcia. W języku polskim nie ma właściwego odpowiednika „zaburzeń behawioralnych"[4].

Podział zaburzeń według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) obejmuje następujące kategorie diagnostyczne:

- organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi (otępienie w chorobie Alzheimera, otępienie naczyniowe, organiczny zespół amnestyczny, majaczenie, inne zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu i chorobą somatyczną, zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu),
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (behawioralne) spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (zażywanie alkoholu, leków przeciwbólowych, nasennych, rozpuszczalników, po ciężkie narkotyki prowadzące do uzależnienia),
- schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe (jest to grupa różnych chorób często nazywanych psychozami, objawy mogą być pozytywne – iluzje, halucynacje, urojenia oraz negatywne – zblednięcie emocji, wycofanie, autyzm, brak zainteresowań, zmniejszenie motywacji, upośledzenie zasobu słów, obniżenie energii życiowej),
- zaburzenia nastroju (afektywne) – zmiany nastoju występujące zazwyczaj pod postacią depresji, często z towarzyszącym lękiem lub wzmożeniem samopoczucia (manią),

3 *Leksykon psychiatrii,* pod red. S. Pużyński, Warszawa 1993, s. 232.

4 *Psychiatra. Podręcznik dla studentów medycyny*, pod red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2011, s. 110.

- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną – zaburzenia lękowe w postaci fobii, kiedy to określone sytuacje lub przedmioty obiektywnie nie niebezpieczne u osoby chorej powodują napad lęku lub paniki, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (występują nawracające myśli natrętne i przymusowe czynności), zaburzenia adaptacyjne (występujące w okresie przystosowania do istotnych zmian życiowych), zaburzenia dysocjacyjne (objawiające się amnezją, niekontrolowaną ucieczką, osłupieniem, zaburzeniami czucia wskutek doznania urazu psychicznego), zaburzenia pod postacią somatyczną (np. wyimaginowane dolegliwości somatyczne, których nie potwierdzają badania),
- zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi (zaburzenia odżywiania się – anoreksja, bulimia, zaburzenia snu od nadmiernej senności, poprzez lęki i koszmary senne, lunatyzm do bezsenności, dysfunkcje seksualne od oziębłości seksualnej po nadmierny popęd seksualny, nadużywanie substancji niepowodujących uzależnienia, np. leków przeczyszczających, przeciwbólowych, ziołowych i witamin, zaburzenia nawyków i popędów, np. patologiczny hazard, podpalanie i kradzieże, zaburzenia identyfikacji płciowej oraz preferencji seksualnej – transseksualizm, fetyszyzm, transwestytyzm, ekshibicjonizm, oglądactwo, pedofilia, sadomasochizm),
- zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (są to głęboko utrwalone schematy zachowań u osoby dorosłej nabyte w trakcie indywidualnego rozwoju, tworzące charakterystyczny u danej osoby styl życia oraz sposób odnoszenia się do otoczenia i samego siebie),
- upośledzenie umysłowe będące wyrazem zahamowania bądź też niepełnego rozwoju mózgu:
  - upośledzenie umysłowe stopnia lekkiego (IQ 50–69, wiek umysłowy od 9 do 12 lat),
  - upośledzenie umysłowe umiarkowanego stopnia (IQ 35–49, wiek umysłowy 6–9 lat),
  - upośledzenie umysłowe znacznego stopnia (IQ 20–34, wiek umysłowy 3–6 lat)
  - upośledzenie umysłowe głębokiego stopnia (IQ poniżej 20, wiek umysłowy poniżej 3 lat),
- zaburzenia rozwoju psychicznego (specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, zaburzenia koordynacji ruchowej, autyzm dziecięcy, atypowy, zespół Retta, Aspergera, nadpobudliwość ruchowa z upośledzeniem umysłowym),

- zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (zakres zaburzeń od ADHD, poprzez zaburzenia lękowe w dzieciństwie; tiki, jąkanie, zaburzenia odżywiania, moczenie mimowolne),
- nieokreślone zaburzenia psychiczne[5].

Inną próbę zdefiniowania „choroby psychicznej" przedstawił J. Hartman: „choroby psychiczne to takie choroby duchowe, w których trwale lub okresowo, całkowicie lub w znacznym stopniu zanika świadomość choroby i krytycyzmu i to pomimo zachowania zadowalającej inteligencji"[6].

W polskiej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego nie zamieszczono definicji „choroby psychicznej" ani też „osoby chorej psychicznie", chociaż terminy te występują w tekście ustawy wielokrotnie. Podano natomiast, że:

1. „Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:
    - osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:
    - chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
    - upośledzonej umysłowo,

wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym"[7].

Z definicji tej można wywnioskować jedynie, że osoba chora psychicznie to jednostka wykazująca objawy psychotyczne, choroba psychiczna zaś to zaburzenia, w których występują objawy psychotyczne. Ta konstrukcja definicyjna może być jednak przedmiotem różnorodnych spekulacji oraz interpretacji i jest, najogólniej mówiąc, bałamutna. Nie ulega bowiem wątpliwości, że kryterium obecności objawów psychotycznych nie wyczerpuje definicji choroby psychicznej[8].

---

[5] *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.* wyd. Światowa Organizacja Zdrowia, tom I, wydanie 2008, s. 207–257.

[6] J. Hartman, *Definicja choroby psychicznej i strategie dyskursywne w psychiatrii*, Kraków 1998, s. 39.

[7] Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz.535 z późn. zm.), art. 3.

[8] S. Pużyński, op. cit., s. 306.

Dane demograficzne dotyczące zaburzeń psychicznych

Demografia występowania zaburzeń psychicznych w Polsce została przeprowadzona w ramach projektu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska". Projekt miał na celu oszacowanie skali powszechności wybranych zaburzeń psychicznych w dorosłej populacji, ocenę dystansu społecznego do zaburzeń psychicznych oraz uzyskanie wiedzy na temat społecznej percepcji lecznictwa psychiatrycznego. W badaniu EZOP wykorzystano najnowszą wersję kwestionariusza CIDI. Pozwala ono szacować skalę występowania zaburzeń psychicznych, oceniać stopień ich ciężkości oraz subiektywne poczucie obciążenia chorobą w ciągu 30 dni oraz w ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar oraz w ciągu całego życia. Analizę statystyczną przeprowadzono na podstawie losowej próby reprezentatywnej mieszkańców Polski w wieku 18–64 lat. Badanie wykonano w okresie listopad 2010 – marzec 2011 roku. Zrealizowano 10 081 wywiadów o średnim czasie trwania ok. 100 minut[9].

Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska", opracowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, pod redakcją J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak, wskazuje, że w badanej populacji przynajmniej jedno zaburzenie z 18 definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% osób (ponad mln mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym).

Do najczęstszych należały zaburzenia związane z używaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz nadużywanie i uzależnienie od narkotyków (1,4%). Można przyjąć, że nadużywa alkoholu ponad 3 mln Polaków, a narkotyków 700 tysięcy osób.

Kolejna grupa zaburzeń pod względem skali występowania to zaburzenia nerwicowe, wśród których do najczęstszych należą fobie specyficzne (4,3%) i fobie społeczne (1,8%). Ogółem wszystkie postacie zaburzeń nerwicowych dotyczą około 10% badanej populacji (2,5 mln Polaków).

Zaburzenia nastroju – depresję, dystymię bądź manię – łącznie rozpoznawano u 3,5% respondentów (ok. 1 mln Polaków). Depresja, niezależnie od stopnia jej ciężkości, zgłaszana była przez 3% badanych.

Impulsywne zaburzenia zachowania: zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia zachowania, zaburzenia eksplozywne, ADHD, rozpoznano u 3,5% respondentów (ok. 1 mln Polaków)[10].

---

9 *„Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP – Polska" – metodologia badania*, „Psychiatria Polska", 2015, nr 49(1):5–13, s. 7–10.

10 http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html (dostęp: 22.04.2015 r.).

Dnia 12 października 2012 roku w NIZP-PZH odbyła się konferencja prasowa, na której została przedstawiona diagnoza zdrowia psychicznego Polaków według raportu EZOP. Raport *Charakterystyka rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w Polsce na podstawie badania EZOP* zwrócił także uwagę na fakt, że słabsze zdrowie psychiczne odczuwa około 5,3% badanej populacji mieszkańców Polski, umiarkowane – ok. 24,7%, a lepsze ok. 70%. Oznacza to, że ok. 30% populacji (ok. 7,5 mln osób) to liczba potencjalnych kandydatów do poszukiwania jakiejś formy pomocy lub wsparcia.

Znaczna część Polaków ujawniła, że doświadczała już jakichś objawów psychicznych, przy czym do najczęściej wskazywanych należały: obniżenie nastroju i aktywności (30,9%), swoiste obawy i unikanie (fobie) (30%), uogólniony lęk (23,9%), rozdrażnienie i napastliwość (23%) oraz buntowniczo-opozycyjne zachowania w okresie dzieciństwa i dorastania (22,3%). Jako trudności odczuwane aktualnie (tj. w okresie ostatnich 30 dni) najczęściej wymieniano: poczucie zdenerwowania (76%), zmęczenia (60%), gniewu (54%), niepokoju (29,4%), przygnębienia (47%), bezsilności (39%), rozdrażnienia (39%), utraty nadziei (29,4%) i poczucia własnej wartości (21%). Problemy ze zdrowiem psychicznym rzutują na różne aspekty funkcjonowania – poznawczego, ruchowego, indywidualnego czy społecznego (doświadczyło tego ok. 19% populacji, tj. niemal 5 mln osób). Oznacza to np. ograniczenia zdolności do wykonywania pracy lub codziennych czynności (18%), obniżenie jakości wykonywanej pracy (ok. 16%) lub wkładanie w jej wykonywanie większego wysiłku (ok. 14%). Często takie konsekwencje złego stanu psychicznego odczuwane są jako kłopotliwe, sprzyjające niesprawiedliwie nierównemu traktowaniu lub uznawane są za źródło istotnych zakłóceń w relacjach z rodziną i przyjaciółmi[11].

Raport z badań EZOP wskazuje znaczne zróżnicowanie w skali powszechności zaburzeń psychicznych w poszczególnych województwach. Do tych o najwyższym odsetku wystąpień zaburzeń zaliczyć można: w środkowej Polsce – łódzkie, świętokrzyskie, w środkowo-wschodniej części kraju – lubelskie oraz na zachodzie kraju – lubuskie i dolnośląskie. Najniższe procentowo przypadku wystąpień zaburzeń stwierdzono w województwach położonych na przeciwległych krańcach Polski: w podkarpackim i zachodniopomorskim (tab. 1). Ta „wojewódzka mapa epidemiologii zaburzeń psychicznych" tylko częściowo pokrywa się z „mapą" utworzoną na podstawie statystyk ochrony zdrowia, które są uwarunkowane liczbą dostępnych placówek specjalistycznych.

[11] http://www.pzh.gov.pl/page/index.php?id=49&tx_ttnews%5Bpointer%5D=25&tx_ttnews%5Btt_news%5D=156&tx_ttnews%5BbackPid%5D=3&cHash=9def3046e5 (dostęp: 24.04.2021 r.).

Tabela 1. Odsetki wystąpień zaburzeń psychicznych (kiedykolwiek) w życiu w Polsce, w poszczególnych województwach

Województwo	Odsetki (CI95%)	Oszacowania w tys.	Dolna granica w tys.	Górna granica w tys.
Łódzkie	29,3 (24,8–34,2)	511,1	430,6	591,6
Świętokrzyskie	27,8 (22,6–33,6)	217,4	185,9	248,9
Lubuskie	27,8 (21,0–35,8)	183,1	145,7	220,4
Dolnośląskie	25,8 (21,3–30,8)	522,3	425,5	619,0
Lubelskie	25,6 (21,2–30,5)	373,3	31,6	435,0
Pomorskie	24,8 (19,2–31,4)	374,0	283,0	464,9
Małopolskie	24,1 (20,7–27,8)	526,1	452,6	599,6
Warmińsko-mazurskie	24,0 (18,2–31,1)	235,1	169,9	300,2
Śląskie	23,3 (19,4–27,7)	758,1	630,2	886,0
Podlaskie	23,2 (18,5–28,7)	179,7	137,9	221,6
Opolskie	22,9 (15,8–32,0)	144,6	95,5	193,6
Kujawsko-pomorskie	22,7 (16,9–29,6)	301,5	235,2	367,8
Mazowieckie	21,4 (18,5–24,6)	763,2	648,8	877,7
Wielkopolskie	20,9 (17,4–24,9)	494,6	410,4	578,7
Zachodniopomorskie	18,9 (15,1–23,4)	219,6	172,7	266,5
Podkarpackie	17,8 (13,6–23,0)	250,0	188,9	311,0
Polska ogółem	**23,4 (22,2–24,7)**	**6 053,5**	**5 752,0**	**355,1**

Źródło: http://www.pzh.gov.pl/page/index.php?id=49&tx_ttnews%5Bpointer%5D=25&tx_ttnews%5Btt_news%5D=156&tx_ttnews%5BbackPid%5D=3&cHash=9def3046e5 (dostęp: 25.04.2021 r.).

Przyczyny tych zróżnicowań będą przedmiotem dalszych analiz. Można przyjąć, że są one w jakimś stopniu pochodną zróżnicowanej dostępności leczenia, której ważny komponent stanowią bariery nie tylko organizacyjne, ale także przekonania tkwiące w świadomości społecznej[12].

[12] http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html (dostęp: 26.04.2021 r.).

Bariery życiowe osób zaburzonych psychicznie w sferze społecznej i zawodowej

Sytuacja życiowa ludzi niepełnosprawnych jest wypadkową wielu czynników: cech położenia społecznego, sytuacji rodzinnej osoby niepełnosprawnej, sytuacji ekonomicznej, regulacji prawnych, kierunku polityki społecznej. Te ostatnie czynniki (prawo, polityka społeczna) odzwierciedlają w znacznym stopniu poziom refleksji normatywnej społeczeństwa i miejsce, jakie przyznaje się w nim osobom niepełnosprawnym.

Niewłaściwe postawy społeczne w stosunku do niepełnosprawnych mogą być skutkiem różnych przyczyn – lęku przed odmiennością, obawy przed niesamodzielnością i uzależnieniem, braku wiedzy i doświadczeń osobistych w kontaktach z takimi jednostkami, nieumiejętności zachowania się w ich towarzystwie. Mogą się wiązać także z rozpowszechnieniem często krzywdzących stereotypów i obiegowych określeń w sposób nieprawdziwy przypisujących im pewne cechy osobiste[13].

Do najczęstszych stereotypów dotyczących osoby niepełnosprawnej można zliczyć:

- stereotyp osoby niepełnosprawnej jako „wiecznego dziecka" – zwracanie się po imieniu, zdrobniale;
- ignorowanie osoby niepełnosprawnej, np. na wizycie lekarskiej zwracanie się lekarza tylko do osoby towarzyszącej, a nie bezpośrednio do osoby z niepełnosprawnością;
- stereotyp „niepełnosprawny = biedny";
- obraz osoby niepełnosprawnej jako godnej pożałowania, zasługującej na litość;
- przekonanie, że osoby niepełnosprawne stwarzają zagrożenie dla otoczenia, są nieodpowiedzialne i nieprzewidywalne;
- przekonanie, że osoby niepełnosprawne są mniej sprawne, zwłaszcza intelektualnie[14].

Oprócz stykania się z powyższymi stereotypami osoba zaburzona psychicznie napotyka w toku codziennej aktywności życiowej zmierzającej do zaspokojenia podstawowych potrzeb wiele ograniczeń i utrudnień. Dotyczy to czterech wymiarów:

13 *Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych*, pod red. J. Mikulskiego, J. Auleytnera, Warszawa 1996, s. 99.

14 M. Lejzerowicz, I. Książkiewicz, *Osoba z niepełnosprawnością a instytucje pomocowe*, Wrocław 2012, s. 101–105.

- utrzymywania się u osoby zaburzonej psychicznie swoistej gotowości do reagowania objawami choroby w sytuacjach trudnych, przełomowych, nadmiernie zaskakujących;
- nierozwinięciem lub nieużywaniem kompetencji społecznych w stopniu adekwatnej do danej sytuacji życiowej ze względu na gotowość do reagowania objawami psychotycznymi oraz z powodu lęku przed nawrotem choroby; często związane jest to z farmakoterapią, która prowadzić może do nadmiernego napięcia mięśniowego, zaburzeń sfery seksualnej, trudności w mówieniu lub nadmiernej senności;
- reakcji rodziny, profesjonalistów, osób publicznych na osobę zaburzoną psychicznie; często osoby chore przyjmują obraz innych jako własny, co prowadzi stopniowo do braku pewności siebie, niskiej samooceny, obniżenia motywacji, nieskutecznych strategii radzenia sobie, do zaprzeczenia chorobie lub utrwalonego przyjęcia osoby chorej, niepełnosprawnej, skazanej na stałą pomoc i wsparcie innych;
- podejmowania ról społecznych.

Warto zauważyć, iż znaczna liczba hospitalizacji psychiatrycznych związana była właśnie z czynnikami społecznymi, a nie z poważnymi nawrotami choroby psychiczej[15].

Wyniki badań EZOP (*Postawy wobec osób chorych psychicznie, chorób psychicznych i instytucji psychiatrycznych*) wskazują, że znaczny odsetek badanej populacji ma bardzo ograniczony zasób realnych doświadczeń związanych z osobami chorującymi psychicznie, a mimo to w wielu opiniach ujawnia dość sztywne i ogólnie restryktywne, dystansujące przekonania w odniesieniu do ich pozycji i ról społecznych. Dotyczy to między innymi opinii wyrażających dystans wobec aspiracji osób, które kiedyś chorowały, do pełnienia wielu ról społecznych (przykładowo: lekarza, nauczyciela, proboszcza)[16].

Postawy wobec osób chorujących psychicznie są źródłem tworzenia zróżnicowanych psychologicznych, społecznych, prawnych i ekonomicznych barier, które podtrzymują niekorzystne położenie osób chorujących psychicznie w społeczeństwie. Wśród barier utrudniających aktywność zawodową osób chorujących psychicznie należą trudności związane z:

- poziomem kompetencji (niski poziom wykształcenia, obniżona produktywność chorujących, obniżona samoocena osób chorujących psychicznie, negatywne skutki uboczne zażywania leków, ubóstwo relacji społecznych osób chorujących psychicznie, nieznajomość swoich uprawnień);

[15] H. Kaszyński, *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Kraków 2013, s. 91–92.

[16] http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html (dostęp: 26.04.2021 r.).

- organizacją opieki psychiatrycznej (trudności w dostępie do leczenia psychiatrycznego, małe możliwości kształcenia się dla osób chorujących psychicznie, niewystarczająco zintegrowana rehabilitacja zawodowa z usługami klinicznymi, ograniczona skuteczność programów aktywizacji zawodowej, brak miejsc praktyki zawodowej i stażu dla osób chorujących psychicznie);
- sytuacją na rynku pracy (niedostateczna ochrona praw pracowników chorujących psychicznie, brak mechanizmów ekonomicznych, stymulujących zatrudnianie tej kategorii osób przy równoczesnym promowaniu pasywnych form pomocy społecznej, wysoki poziom bezrobocia na lokalnych rynkach pracy, brak wiedzy wśród pracodawców na temat korzyści finansowych związanych z zatrudnianiem osób chorujących psychicznie);
- systemem świadczeń finansowych (uzyskiwanie przez chorujących pracowników wynagrodzenie za pracę utrzymuje się na granicy kryterium dochodowego uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej, poza tym osoby chorujące psychicznie obawiają się podjąć pracę, żeby nie utracić statusu osoby uprawnionej do świadczeń);
- piętnem społecznym (dyskryminacja pracowników chorujących psychicznie w miejscu pracy, lęk przez osobami chorującymi psychicznie, brak wiary pracodawców w możliwości efektywnej pracy osób chorujących psychicznie, brak wiary w rodzinach w możliwość pracy osób chorujących psychicznie) i piętnem uwewnętrznionym (lęk przed ujawnieniem własnej choroby, lęk przed możliwością nawrotu choroby w związku z podjęciem pracy, brak motywacji do zmiany sytuacji życiowej)[17].

W badaniach modułowych GUS z 1995 r. i 2000 r. wśród zidentyfikowanych osób niepełnosprawnych chorobę psychiczną jako przyczynę swej niepełnosprawności wskazało odpowiednio 4% i 5,5% osób. Przenosząc to na skalę ogólnopolską, można przyjąć, że w 2000 r. liczba takich osób wynosiła około 220 tysięcy (jednak były to tylko jednostki posiadające prawne potwierdzenie niepełnosprawności, a należy przypuszczać, że osoby z chorobą psychiczną stanowią zbiorowość większą).

Najliczniejszą grupę wśród chorujących psychicznie stanowią chorzy na schizofrenię i inne zaburzenia psychotyczne. W 2000 r. zarejestrowanych w poradniach zdrowia psychicznego w Polsce było 165 000 chorych na schizofrenię. W grupie tej około:

- 20%, tj. 33 000 osób, pracowało w ramach otwartego lub chronionego rynku pracy,

[17] H. Kaszyński, op. cit., s. 133–135.

- 5%, tj. 8 250 osób, było całkowicie niezdolnych do aktywności zarobkowej,
- 75%, tj. 123 750 osób, stanowili całkowicie wykluczeni z rynku pracy i codziennej aktywności zarobkowej[18].

Wskaźnik zatrudnienia osób chorych na schizofrenię wypada całkiem korzystnie w porównaniu z ogólnym wskaźnikiem zatrudnienia wszystkich osób chorujących psychicznie (w 2000 r. wynosił tylko 10,3%).

Trudności chorujących psychicznie na rynku pracy są szeroko udokumentowanym i jednoznacznym przykładem na to, że osoby mające poważne problemy zdrowotne borykają się równocześnie z istotnymi problemami z uzyskaniem zatrudnienia[19].

System pomocy osobom zaburzonym psychicznie

W organizacji opieki współpracują resorty zdrowia i polityki społecznej. Obowiązek organizacji i zabezpieczenia opieki nad osobami zaburzonymi psychicznie jest zadaniem samorządu lokalnego. Zakres usług i form instytucjonalnej pomocy społecznej określone są w ustawie o pomocy społecznej.

Psychiatryczna opieka zdrowotna obejmuje trzy podstawowe formy organizacyjne opieki nad pacjentem:

- lecznictwo ambulatoryjne,
- lecznictwo stacjonarne,
- formy pośrednie.

Podstawowym ogniwem lecznictwa ambulatoryjnego są poradnie zdrowia psychicznego, gdzie obowiązuje zasada opieki czynnej. Polega ona na zapewnieniu chorym odpowiednio częstych, regularnych kontaktów terapeutycznych, m.in. w celu kontynuowania leczenia. Opieką czynną objęci są pacjenci, których stan zdrowia wymaga systematycznej, intensywnej farmakoterapii, psychoterapii i socjoterapii.

Lecznictwo stacjonarne odbywa się w szpitalach psychiatrycznych. Do połowy XX wieku uważano szpitale za najlepsze miejsce leczenia chorych psychicznie, dlatego budowano szpitale duże i na peryferiach miast. Od połowy XX wieku polityka zdrowotna w zakresie psychiatrii uległa radykalnej zmianie przez wprowa-

[18] S. Golinowska, *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*, Warszawa 2004, s. 5–58.

[19] H. Kaszyński, op. cit., s. 138–139.

dzenie leczenia neuroleptykami. Rozwijający się w latach sześćdziesiątych ruch psychiatrii środowiskowej postulował zmniejszenie hospitalizacji i leczenie jak największej liczby chorych w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Organizowanie oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych jest najbardziej pożądanym kierunkiem rozwoju stacjonarnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Pomimo dużego nacisku na zmianę organizacji opieki rola szpitali psychiatrycznych jest nadal znacząca.

Z kolei formy pośrednie umożliwiają prowadzenie terapii bez odrywania chorego od jego środowiska. Najbardziej powszechnymi są:

- oddziały dzienne (forma pośrednia między poradnią a oddziałem pełnodobowym; jest korzystną formą opieki z uwagi na utrzymanie związku chorego z osobami bliskimi, małe koszty leczenia oraz ułatwienie adaptacji do środowiska po leczeniu szpitalnym);
- oddziały leczenia środowiskowego (przeznaczone są dla pacjentów, którzy mogą przebywać w domu, pod warunkiem zapewnienia im systematycznej, profesjonalnej opieki w zakresie hospitalizacji domowej, interwencji kryzysowej oraz treningów podstawowych umiejętności życiowych w środowisku pacjenta);
- hostele (tworzone na terenie szpitali; wśród mieszkańców hosteli przeważają chorzy, którzy pracują zawodowo, biorą czynny udział w takich czynnościach jak: pranie, gotowanie, sprzątanie; w Polsce taka forma opieki jest mało rozwinięta)[20].

Opiekę nad chorymi psychicznie sprawują państwowe zakłady zdrowotne oraz placówki pomocy społecznej.

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego odpowiedzialność za tworzenie i prowadzenie oparcia społecznego ponoszą organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane[21]. Wymieniony akt prawny przewiduje dwie nowe formy oparcia społecznego:

- specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- środowiskowe domy samopomocy[22].

Podstawowym celem pomocy w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (dalej: usługi specjalistyczne) jest

[20] *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi*, pod red. J. Meder, Katowice 2002, s. 144–146.

[21] Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 1.

[22] Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego , art. 8 i 9.

utrzymanie osoby w jej środowisku i przeciwdziałanie instytucjonalizacji. Podopiecznym zapewnia się ochronę godności osobistej, poczucie intymności, niezależność dostosowaną do ich poziomu sprawności, bezpieczeństwo, kontakt z instytucjami[23]. Zagadnienie usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi szerzej omawiane będzie w dalszej części niniejszej pracy.

Powyższe usługi można uzupełniać usługami opiekuńczymi, które obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza, pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem, a także specjalistyczne usługi opiekuńcze (z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi), które dostosowane są do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Świadczenie usług specjalistycznych skierowane jest głównie do osób chorych, niepełnosprawnych, leżących, niemogących z powodu znacznego niedostatku zdrowia dotrzeć do placówek opieki medycznej na rehabilitację. Wśród osób korzystających z tej formy pomocy są również niepełnosprawne, chore dzieci i młodzież oraz osoby dorosłe ubezwłasnowolnione[24].

Takie same formy pomocy (usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze) świadczą ośrodki wsparcia pomocy społecznej dziennego pobytu. Udzielają one świadczeń osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.

Ośrodkiem wsparcia może być ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (środowiskowy dom samopomocy, klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi), dzienny dom pomocy, schronisko i dom dla bezdomnych, klub samopomocy.

Środowiskowy dom samopomocy (ŚDS) przeznaczony jest dla osób przewlekle psychicznie chorych lub głębiej niepełnosprawnych intelektualnie (upośledzonych umysłowo), a także dla osób z lekkim upośledzeniem, lecz tylko wówczas, gdy oprócz niepełnosprawności intelektualnej występują inne sprzężone zaburzenia. Kandydaci do ŚDS mają poważne trudności w życiu codziennym i wymagają pomocy oraz opieki niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym i/lub społecznym, której nie mogą sobie zapewnić sami ani z pomocą rodzin, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia. Jednocześnie osoby takie wymagają wsparcia i postępowania rehabilitacyjnego.

[23] Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn.zm), art. 50.

[24] Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Zaprojektowano trzy rodzaje domów:

- dom dla przewlekle psychicznie chorych (typ A),
- dom dla niepełnosprawnych intelektualnie (typ B),
- dom dla psychicznie chorych i niepełnosprawnych intelektualnie (typ AB), pod warunkiem prowadzenia oddzielnych zajęć terapeutyczno-rehabilitacyjnych dla obu grup[25].

Podstawowym celem ŚDS jest rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi, a przede wszystkim poprawa ich funkcjonowania społecznego i powrót, na ile to możliwe do wcześniej pełnionych ról społecznych.

Szczegółowe zajęcia, w których uczestniczą podopieczni to psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, terapia rodzin przeznaczona dla członków rodzin osób zaburzonych psychicznie, zajęcia relaksacyjne, muzykoterapia, zajęcia plastyczne, rękodzielnicze, krawieckie, sportowo-rekreacyjne. Prowadzone są również treningi umiejętności komunikacyjnych, próby rozwiązywania problemów, zajęcia kulinarne, higieny osobistej, trening ekonomiczny i trening pamięci. Często organizowane są różnego rodzaju wystawy prac oraz występy artystyczne zarówno uczestników domu, jak i osób z zewnątrz, mające na celu integrację ze środowiskiem lokalnym i rozwijanie zainteresowań[26]. Podstawą przyjęcia do ŚDS jest rozpoznanie psychiatryczne dokonane przez lekarza psychiatrę w przypadku osób chorych psychicznie, a w przypadku upośledzonych umysłowo dodatkowo przez neurologa i/lub psychologa[27].

Innym typem placówek wsparcia są domy pomocy społecznej (DPS). Osobie z zaburzeniami psychicznymi wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Jednostkę wymagającą tej formy wsparcia kieruje się do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej (chyba że okoliczności sprawy wskazują inaczej), po uzyskaniu zgody tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w placówce tego typu. Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Organizacja DPS, zakres i poziom usług przez niego świadczonych uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu

[25] S. Golinowska, op. cit., s. 98.

[26] D. Smykowska, *Instytucje wsparcia społecznego*, Łódź 2007, s. 62.

[27] S. Golinowska, op. cit., s. 100.

oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności. W placówkach tych mogą przebywać zarówno osoby przewlekle psychicznie chore, dorosłe osoby niepełnosprawne intelektualnie, jak i dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie. Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w nim wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do DPS-u[28].

W działaniach na rzecz ochrony zdrowia psychicznego zaznacza się coraz większy udział stowarzyszeń, grup samopomocy i innych organizacji społecznych i pozarządowych. Biorąc pod uwagę wszystkie osoby niepełnosprawne, należy zauważyć, że najwięcej organizacji zajmuje się właśnie osobami z upośledzeniami umysłowymi i osób ze schorzeniami psychicznymi, głównie z uwagi na problemy tych grup z problemami integracji społecznej. Organizacje te zajmują się poradami prawnymi, wsparciem materialnym, edukacją, działalnością terapeutyczną, udzielają wsparcia psychologicznego.

Coraz częściej organizacje prowadzą także działalność usługową – jako zleconą przez organ publiczny lub też całkowicie samodzielną – w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej, a niekiedy także medycznej. Działalnością zleconą zajmuje się duża grupa organizacji, które prowadzą warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), przygotowujące osoby niepełnosprawne do wejścia na rynek pracy, organizują zakłady aktywności zawodowej (ZAZ), które stanowią etap rehabilitacji zawodowej w ramach chronionego rynku pracy, domy pomocy społecznej oraz środowiskowe domy samopomocy na rzecz rehabilitacji społecznej. Niektóre organizacje (np. SYNAPSIS[29]) zrzeszają osoby niepełnosprawne według tego samego schorzenia.

Dużą rolę w rehabilitacji społecznej odgrywają również grupy samopomocowe i wolontariusze. Mogą to być stowarzyszenia osób chorych i ich rodzin albo stowarzyszenia typu hospicyjnego, pomoc i wsparcie przyjaciół, znajomych, sąsiadów bądź ludzi, którzy mają podobne problemy. Grupy samopomocy są tworzone po to, aby osoby chore psychicznie oraz ich rodziny mogły dzielić się doświadczeniami związanymi z chorobą z osobami o podobnych przeżyciach. Wymiana informacji pozwala znaleźć odpowiedź na wiele pytań i przygotować się do trudnych sytuacji związanych z chorobą. Wskazówki dotyczące radzenia sobie z chorobą są cenne, gdyż oparte na osobistym doświadczeniu pacjentów i rodzin [30].

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie wspomina o żadnych formach pomocy w zakresie rehabilitacji zawodowej. Regulacje z tego zakresu zawarte są

[28] Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, art. 54–57.

[29] S. Golinowska, op. cit., s. 103–105.

[30] Z. Kawczyńska-Butrym, *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Katowice 1998, s. 155.

natomiast w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych wraz z przepisami wykonawczymi, które zapewniają warunki prawne i finansowe dla tworzenia tych form[31].

Zadania w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej, zmierzające do ogólnego rozwoju i poprawy sprawności – niezbędnych do prowadzenia przez osobę niepełnosprawną niezależnego i aktywnego życia na miarę jej indywidualnych możliwości – realizuje warsztat terapii zajęciowej. Jest on placówką pobytu dziennego.

Głównymi założeniami prowadzonej przez WTZ terapii jest:

- opanowanie przez uczestników podstawowych umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania,
- poprawa ich zaradności osobistej oraz wyczucie i utrwalenie zachowań zgodnych z obowiązującymi normami społecznymi,
- rozwijanie psychofizycznych sprawności niezbędnych do pracy.

Wszystkie te umiejętności rozwijane są przy zastosowaniu różnych technik terapeutycznych, takich jak: terapia grupowa i indywidualna, nauczanie funkcjonalne, elementy muzykoterapii oraz socjoterapii. Koszty utrzymania i działalności warsztatów pokrywane są w części lub w całości ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych[32].

Powstało wiele takich warsztatów, ale zdecydowana większość z nich jest przeznaczona dla osób upośledzonych umysłowo. Wciąż za mało funkcjonuje takich placówek dla osób psychicznie chorych[33].

Wśród form rehabilitacji społecznej ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych przewiduje również udział w turnusach, które określa jako zorganizowaną formę aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku. Celem turnusu jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie kontaktów społecznych, a także realizacja i rozwijanie zainteresowań[34].

Rehabilitację zawodową i społeczną tworzą także zakłady aktywności zawodowej. Jest to wyodrębniona organizacyjnie i finansowo jednostka tworzona w celu zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia

---

[31] *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi*, op. cit., s. 149.

[32] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), art. 10a, 10b.

[33] *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi*, op. cit., s. 149.

[34] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, art. 10c.

niepełnosprawności i osób zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną[35].

Następne ogniwo w rehabilitacji osób chorych psychicznie stanowi praca zawodowa w warunkach chronionych, która może być wykonywana w spółdzielniach inwalidzkich, zakładach pracy chronionej lub w zwykłych zakładach pracy na stanowisku przystosowanym[36].

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi jako usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi wynikają –podobnie jak usługi opiekuńcze – z przepisów ustawy o pomocy społecznej.

Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie specjalistycznych usług. Usługi mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, w tym wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności. Świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym[37]. Organizowanie i świadczenie takich usług należy do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej, realizowanych przez gminę (w odróżnieniu od specjalistycznych usług opiekuńczych, które są zadaniem własnym gminy).

Specjalistyczne usługi są świadczone dla osób, które z powodu zaburzeń psychicznych mają trudności w zachowaniu swej integracji społecznej, a szczególnie w pełnieniu ról życia codziennego, zwłaszcza wiążących się z kształtowaniem swoich stosunków z otoczeniem, ról pełnionych w procesie edukacji oraz w trosce o sprawy wiążące się z materialnym podstawami egzystencji[38].

[35] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych, art. 29.

[36] *Praca socjalna z osobami zaburzonymi psychicznie*, op. cit., s. 150.

[37] Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, art. 50.

[38] *Wybrane formy opieki i pomocy dla seniorów*, pod red. E. Kościńskiej, Bydgoszcz 2014, s. 73.

Zasady, tryb udzielania pomocy, rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i kwalifikacje osób świadczących specjalistyczne usługi określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

Wyróżnić można następujące rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych:

- uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia:
  - kształtowanie umiejętności zaspokajania potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych takich jak: samoobsługa, umiejętność utrzymania i prowadzenia domu, dbałość o higienę i wygląd, utrzymywanie kontaktów z domownikami, rówieśnikami, w miejscu nauki i pracy oraz ze społecznością lokalną, wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego, korzystanie z usług różnych instytucji,
  - interwencje i pomoc w życiu w rodzinie, w tym pomoc w radzeniu sobie w sytuacjach kryzysowych w formie poradnictwa specjalistycznego, interwencji kryzysowej, wsparcia psychologicznego, rozmowy terapeutycznej, ułatwienie dostępu do edukacji i kultury, koordynacja innych służb na rzecz rodziny, kształtowanie pozytywnych relacji osoby wspieranej z osobami bliskimi, współpraca z rodziną w celu kształtowania odpowiednich postaw wobec chorującej osoby,
  - pomoc w załatwianiu spraw urzędowych (w uzyskaniu świadczeń socjalnych, emerytalno-rentowych, w wypełnieniu dokumentów urzędowych),
  - wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia (w szukaniu informacji o pracy, pomoc w znalezieniu zatrudnienia lub alternatywnego zajęcia, w szczególności uczestnictwo w zajęciach warsztatów terapii zajęciowej, zakładach aktywności zawodowej, środowiskowych domach samopomocy, centrach i klubach integracji społecznej, klubach pracy, pomoc w kompletowaniu dokumentów potrzebnych do zatrudnienia, w przygotowaniu do rozmowy z pracodawcą, wspieranie i asystowanie w kontaktach z pracodawcą, w rozwiązywaniu problemów psychicznych wynikających z pracy lub jej braku),
  - pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi (nauka planowania budżetu, asystowanie przy ponoszeniu wydatków, pomoc w uzyskaniu ulg w opłatach, zwiększanie umiejętności gospodarowania własnym budżetem oraz usamodzielnianie finansowe),

- pielęgnacja – jako wspieranie procesu leczenia:
  - pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
  - uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych,
  - pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece,
  - pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania,
  - w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmiana opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny,
  - pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, w tym rehabilitacyjnych,
- rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu:
  - zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii,
  - współpraca ze specjalistami w zakresie wspierania psychologiczno-pedagogicznego i edukacyjno-terapeutycznego zmierzającego do wielostronnej aktywizacji osoby korzystającej ze specjalistycznych usług,
- pomoc mieszkaniowa, w tym w uzyskaniu mieszkania, negocjowaniu i wnoszeniu opłat, w organizacji drobnych remontów, adaptacji, napraw, likwidacji barier architektonicznych, kształtowanie właściwych relacji osoby uzyskującej pomoc z sąsiadami,
- zapewnienie dzieciom i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi dostępu do zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjno-wychowawczych[39].

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty. Dodatkowym warunkiem jest posiadanie przez osoby świadczące usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi co najmniej półrocznego stażu w szpitalu psychiatrycznym, jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysło-

[39] Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. 2005, Nr 189, poz. 1598 ze zm.), art. 2.

wym, ośrodku terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym lub zakładzie rehabilitacji. W uzasadnionych przypadkach specjalistyczne usługi mogą być świadczone przez osoby, które podnoszą kwalifikacje zawodowe wyżej wymienione, ale posiadają przynajmniej roczny staż w placówkach dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Oprócz tego osoby świadczące usługi specjalistyczne muszą posiadać udokumentowane przeszkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych[40].

Formy pomocy osobom korzystającym z usług specjalistycznych wynikają przede wszystkim z rozporządzenia ministra polityki społecznej w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych[41], które gwarantuje podopiecznym bardzo szeroki zakres usług, od nauki samoobsługi, poprzez interwencje w rodzinie w sytuacjach kryzysowych, wieloraką pielęgnację, pomoc mieszkaniową, terapię, wsparcie psychiczne, aż do pomocy w załatwianiu spraw urzędowych i uzyskaniu zatrudnienia. Terapeuta w środowisku pełni poniekąd funkcję pracownika socjalnego, asystenta rodziny, pedagoga, psychologa, a nawet w wyjątkowych sytuacjach pielęgniarki w jednej osobie. Naczelnym zadaniem terapeuty jest jednak konkretne wsparcie podopiecznego, poprzez wykorzystanie takich metod i środków, które pozwolą mu na godne, bezpieczne życie w tymże środowisku.

Formy pomocy w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi opierają się w głównej mierze na planie pracy terapeutycznej. W zależności jednak od sytuacji jest on modyfikowany. Z uwagi na najprzeróżniejsze formy pomocy kierowane dla osób korzystających ze specjalistycznych usług trudno o ich ogólną klasyfikację. Biorąc pod uwagę wiek podopiecznych, można je podzielić jednak na formy pomocy dla dzieci i młodzieży oraz na formy pomocy dla osób dorosłych.

Wśród form pomocy dla dzieci i młodzieży warto wyróżnić obszary pracy:

- pracę terapeutyczną – która zakłada redukowanie zachowań niepożądanych, wzmacnianie zachowań pożądanych, rozwijanie zachowań deficytowych, stymulowanie rozwoju dziecka, wzbogacanie zasobu wiadomości ogólnych, rozwijanie zainteresowań, identyfikowanie i wykonywanie pojedynczych instrukcji, ćwiczenia stymulujące logiczne myślenie, koncentrację, uwagę, wyobraźnię, spostrzegawczość, kształtowanie właściwych postaw wobec rodziny, naukę współdziałania i współpracy;
- pracę wychowawczą – kształtowanie postaw społecznie akceptowalnych w różnorodnym otoczeniu (w domu, środkach komunikacji miejskiej, na

[40] Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, art. 3–5.

[41] Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, art. 2.

basenie, placu zabaw, w parku, przychodni), prowadzenie treningu umiejętności społecznych, samokontroli, treningów czystości i utrzymywania porządku w najbliższym otoczeniu, jak również dbałości o własność swoją, jak i innych osób, uczenie samoobsługi, samodzielności, uczenie komunikacji interpersonalnej;

- pracę dydaktyczną – usprawnianie motoryki małej oraz motoryki dużej, szeroko pojęta edukacja;
- wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego z podopiecznymi;
- utrzymywanie stałego kontaktu w wychowawcą dzieci, z rehabilitantami, logopedami, pedagogami, psychologami i innymi specjalistami pomagającymi dziecku;
- koordynowanie działań służby zdrowia w stosunku do dzieci;
- wsparcie psychiczne rodziny podopiecznych, którzy bardzo często są na skraju wyczerpania psychicznego związanego z opieką nad osobą chorą, udzielanie poradnictwa rodzinie, wskazówek związanych z opieką i wychowaniem podopiecznego, wskazywanie instytucji, które mogłyby pomóc osobie korzystającej z usług w wymiarze terapeutycznym oraz medycznym.

Oczywiście przedstawione formy pomocy muszą uwzględniać możliwości oraz potrzeby podopiecznych.

Z kolei formy pomocy dla dorosłych osób korzystających ze specjalistycznych usług obejmują:

- asystowanie w czynnościach samoobsługowych, gospodarczych i porządkowych;
- motywowanie do dbałości o higienę i wygląd;
- zachęcanie do utrzymywania kontaktu z rodziną, społecznością lokalną;
- wspólne organizowanie i spędzanie czasu wolnego;
- wsparcie psychiczne;
- czynności związane ze zniwelowaniem barier architektonicznych;
- rozwijanie różnego rodzaju zainteresowań;
- prowadzenie mediacji z sąsiadami czy rodziną w sytuacjach konfliktowych, kształtowanie pozytywnych relacji z najbliższym otoczeniem;
- współpraca z rodziną, sąsiadami – kształtowanie prawidłowych postaw wobec osoby chorującej;

- pomoc w uzyskaniu pomocy socjalnej, mieszkaniowej, terapeutycznej, przy współpracy z innymi instytucjami (stowarzyszeniami, organizacjami pozarządowymi itp.);
- nauka planowania budżetu, wydawania środków finansowych;
- pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia oraz w drodze powrotnej do domu, współpraca z lekarzami, pielęgniarkami i innymi specjalistami w zakresie wspierania psychologicznego, terapeutycznego;
- pomoc w wykupywaniu i zamawianiu leków w aptece, pilnowanie przyjmowania leków, drobne zabiegi pielęgnacyjne;
- trening umiejętności społecznych i treningi interpersonalne związane z motywacją podjęcia leczenia, radzeniem sobie w sytuacjach stresogennych;
- ćwiczenia pamięci i innych funkcji poznawczych;
- zachęcanie do aktywności – spacerowanie, ćwiczenia ruchowe, stronności ciała;
- kierowanie do uczestniczenia w warsztatach terapii zajęciowej, środowiskowych domach samopomocy;
- utrzymywanie stałego kontaktu z pracownikiem socjalnym.

Terapeuci utrzymują także stały kontakt z pracownikiem socjalnym, asystentem rodziny – w celu stworzenia dla osoby korzystającej z usług jak najlepszych warunków materialno-bytowych. W sytuacjach zagrażających zdrowiu i życiu podopiecznych podejmują działania zaradcze – udzielają pierwszej pomocy, w razie potrzeby wzywają karetkę pogotowia. Działania typu opiekuńczego nie wchodzą w zakres pracy terapeutów, mimo to bardzo często są podejmowane, ponieważ system pomocy społecznej jest w pewnych sytuacjach niewydolny.

Podsumowanie

Zasadniczym celem opracowania było przedstawienie trudnej sytuacji osób zaburzonych psychicznie, zarówno w kontekście skali występowania zaburzeń psychicznych, barier życiowych osób niepełnosprawnych (psychologicznych, społecznych, prawnych, zawodowych i ekonomicznych), jak i w kontekście systemu pomocy ze szczególnym uwzględnieniem pracy środowiskowej w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Tego rodzaju usługi stanowią bardzo ważny instrument praktyk społecznych, gdyż w stosunku do osób do 18. roku życia usługi mają bardzo często charakter terapeutyczny i wychowawczy, natomiast w stosunku do osób dorosłych stanowią

wielokierunkowe działania wspomagające funkcjonowanie na godnym poziomie. Bardzo istotny jest fakt, że ten rodzaj usług stanowi nie tylko formę środowiskowego wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ale także instrument stałego monitoringu sytuacji w środowisku. To wszystko sprawia, że specjalistyczne usługi są bardzo potrzebne i stanowią dużą wartość zarówno w kontekście realnej pomocy osobie potrzebującej, jak i jej rodzinie.

Bibliografia

Źródła prawne:

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. 2005, Nr 189, poz. 1598 ze zm.).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz.535 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).

Opracowania:

Golinowska S., *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*, Warszawa 2004.

Hartman J, *Definicja choroby psychicznej i strategie dyskursywne w psychiatrii*, Kraków 1998.

Kaszyński H., *Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie. Studium socjologiczne*, Kraków 2013.

Kawczyńska-Butrym Z., *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Katowice 1998.

Lejzerowicz M., Książkiewicz I., *Osoba z niepełnosprawnością a instytucje pomocowe*, Wrocław 2012.

Leksykon psychiatrii, pod red. S. Pużyński, Warszawa 1993.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Światowa Organizacja Zdrowia, tom I, wydanie 2008.

Polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych, pod red. J. Mikulskiego, J. Auleytnera, Warszawa 1996.

Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi, pod red. J. Meder, Katowice 2002.

Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny, pod red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2011.

„Psychiatria Polska", 2007, nr 3.

Pużyński S., *Choroba psychiczna – problemy z definicją* oraz miejscem w diagnostyce i *regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska", 2007, tom XLI, nr 3?

Smykowska D., *Instytucje wsparcia społecznego*, Łódź 2007.

Wybrane formy opieki i pomocy dla seniorów, pod red. E. Kościńskiej, Bydgoszcz 2013.

Netografia:

http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html

http://www.pzh.gov.pl/page/index.php?id=49&tx_ttnews%5Bpointer%5D=25&tx_ttnews%5Btt_news%5D=156&tx_ttnews%5BbackPid%5D=3&cHash=9def3046e5